



Nancy Paulina Arguello Espinosa

Dr. Sergio Jiménez Ruíz

Controles de lectura 3er parcial

Medicina física y rehabilitación

5to Sem, Grupo "A" Medicina Humana

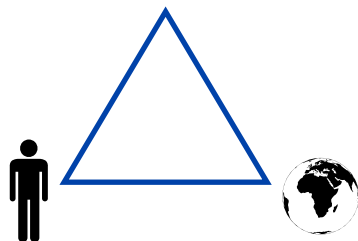
Comitán de Domínguez Chiapas al 18 de noviembre de 2022

Período prepatogénico

Agente

Trastornos autoinmunitarios

En caso de neuropatía toxica son los fármacos (Estatinas, antimicrobianos) u otros como animales, plantas y bacterias



Huésped

- Tanto hombres como mujeres con relación 2:1
- >Frecuencia en la segunda década de vida

Medio ambiente

- Cualquier estado socioeconómico
- Neuropatía diabética
- Neuropatía alcohólica
- Cáncer
- Enfermedades de tejido conjuntivo
- Fármacos (Neuropatía toxica)

Estímulos: Interacción de componente humoral y celular en la desmielinización de nervios periféricos, tumores no especificados presentados a células T autorreactivas, produciendo citoquinas e interleucinas proinflamatorias, traspasando la barrera hematonerviosa.

Prevención primaria

Fomento de la salud	Protección específica
Se recomienda una anamnesis minuciosa <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Enfermedades agregadas • Exposición a fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>¿Qué sistema está involucrado?</u> • <u>¿Cuál es la distribución de la enfermedad?</u> • <u>Características de síntomas sensitivos</u> • ¿Hay compromiso de motoneurona superior? • Evolución temporal • Antecedentes personales

Período patogénico

Período de resolución

Muerte: 14 años en pronóstico de vida

Período clínico

- Complicaciones cardíacas
- Hipotensión ortostática
- Incontinencia urinaria
- Alteraciones G.I
- Edema
- Disfunción eréctil
- Diaforesis

Período prodrómico

- Pérdida de la sensibilidad
- Ardor
- Quemazón
- Dolor profundo
- Adormecimiento
- Pinchazos
- Ataxia
- Hiperalgesia

Período prodrómico

- Debilidad muscular
- Parálisis
- Temblor de acción y postural
- Atrofia muscular
- Calambre muscular
- Fasciculaciones

Horizonte clínico

Período de incubación

Variable: de días a semanas

Comienzo del deterioro del sistema inmunológico

Prevención secundaria

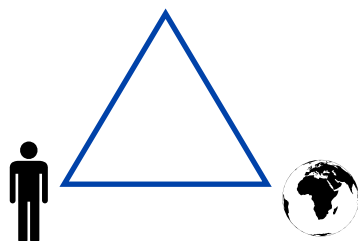
Prevención terciaria

Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis minuciosa • Bh • EGO • EKG • VSG • Hemograma completo • Pruebas de función renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor • Antidepresivos tricíclicos • Anticonvulsivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física y ocupacional • Vigilancia y tratamiento para afecciones agregadas • Fisioterapia • Cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas que presentan polineuropatías suelen tener buen pronóstico, el abordaje de la enfermedad se basa de manera individualizada y depende de la etapa en la que se presenta la enfermedad, el tratamiento se basa en controlar la sintomatología y dar calidad de vida a los pacientes

Período prepatogénico

Agente

Defecto del cierre del tubo neural (DTN)



Huésped

- Tanto hombres como mujeres con relación
- Por lo general se presenta en la formación del embrión, pero esta puede detectarse incluso después en la adultez como en la EBOculta

Medio ambiente

- Cualquier estado socioeconómico
- No distingue edad, raza, cultura, religión y la base de la EB es la malformación congénita al momento del cierre del tubo neural

Estímulos: Afección de la columna vertebral y suele ser evidente en el nacimiento, defecto del tubo neural, la columna vertebral no se forma y mucho menos cierra como se debe, afección que produce discapacidades físicas e intelectuales que van de leves a graves que depende del tamaño y localización de la abertura en la columna

Período patogénico

Período de resolución

Muerte: Adultez

Período clínico

- Mielomeningocele
- Tipo más grave de EB
- Apertura en espalda del RN
- Parte de la ME y nervios en el saco y pueden estar afectados
- Discapacidades serias moderadas a graves (Pérdida de la sensibilidad en pierna, pies y paraplejia)

Período prodrómico

- Meningocele
- Otro tipo de EB
- Apertura en la espalda, pero la ME no está en el saco
- Daño en nervios de leve a nulo
- Discapacidades menores

Período prodrómico

- EBOculta
- Tipo más leve
- Huevo en la columna, pero sin apertura ni saco
- ME y nervios normales
- Se diagnostica o no

Horizonte clínico

Período de incubación

Variable: 28 días después de la concepción

Comienzo del deterioro de la calidad de vida (Movilidad e independencia)

Prevención primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Fomento de la salud

- Se recomienda una anamnesis minuciosa
- Antecedentes familiares
 - Especificar el tamaño y localización de la abertura
 - Control prenatal estricto

Protección específica

- Asesoría genética
- Individualizar al paciente y categorizarlo

Diagnóstico precoz

- Control prenatal (Alfafetoproteína en sangre <40ng/ml)
- Ecografía
- Amniocentesis
- Tras el nacimiento:
 - Rx
 - RM
 - TAC

Tratamiento oportuno

- Intervención quirúrgica antes del nacimiento (Nacimiento prematuro)
- Derivación o Shunt para LCR fuera del cerebro

Limitación del daño

- El tratamiento oportuno y a tiempo disminuye la probabilidad de la necesidad del uso de muletas o silla de ruedas

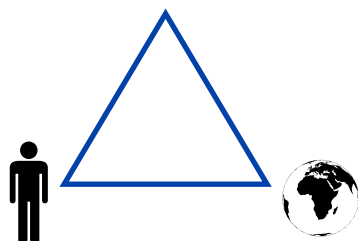
Rehabilitación

- Las recién nacidos que presentan espina bífida suelen tener "buen" pronóstico, depende de donde se produjo la afección y que complicaciones asociadas presenta, se requiere del apoyo familiar, integración y socialización del paciente afectado e inclusión a instituciones con niños discapacitados

Período prepatogénico

Agente

Anomalía que afecta el cerebelo
Enfermedad de probabilidad hereditaria



Huésped

- Tanto mujeres como hombres con relación 2:1
- Se nace con la anomalía o se desarrolla conforme a crecimiento

Medio ambiente

- Cualquier estado socioeconómico
- No distingue raza, sexo, edad, religión o cultura
- Probable disposición genética

Estímulos: Tipo I: Amígdalas cerebrales de forma anómala que se desplazan por debajo del foramen magno. Tipo II: Desplazamiento inferior del vermis cerebral y las amígdalas cerebrales, malformación del tallo cerebral y mielomeningocele espinal. Tipo III: Combinación de fosa posterior pequeña con un encefalocele cervical u occipital

Período patogénico

Período de resolución

Muerte: Varía en función a la persona que lo padezca

Período clínico

- Acufenos
- Hipoacusia
- Debilidad
- Parestesias
- Insomnio
- Depresión
- Irritabilidad
- Psialorrea

Período prodrómico

- Cervicalgia
- Cefalea al toser, reír o estornudar
- Disfagia
- Náuseas/Vomito
- Disartria
- Nistagmus
- Fotofobia

Período prodrómico

- Mareos
- Problemas en la coordinación y equilibrio
- Caídas frecuentes
- Ataxia

Horizonte clínico

Período de incubación

Variable

Comienzo del deterioro de calidad de vida del paciente

Prevención primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Fomento de la salud

- Se recomienda una anamnesis minuciosa
- Antecedentes familiares
 - Afecciones agregadas

Protección específica

- Anamnesis minuciosa
- Asesoría genética

Diagnóstico precoz

- Se evalúa el habla, equilibrio, reflejos y habilidades motoras
- RM
- TAC
- RX
- Respuesta auditiva por tronco encefálico
- Potenciales evocados somatosensoriales

Tratamiento oportuno

- No tiene cura
- Aliviar síntomas
- Neurocirujano descomprime la ME
- Válvula de Pudens

Limitación del daño

- Depende de la afección
- Cuidados paliativos

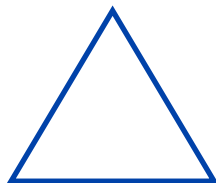
Rehabilitación

- Las personas que presentan AC tienen un pronóstico reservado, ya que depende de quién y cómo se presenta la enfermedad.

Período prepatogénico

Agente

Lesión que comprime la medula espinal



Huésped

- Tanto hombres como mujeres con relación



Medio ambiente

- Cualquier estado socioeconómico
- No distingue raza, edad, sexo, religión, ni cualquier otro aspecto cultural.

Estímulos: Diversas lesiones pueden comprimir la medula espinal y provocar déficits sensitivos, motores, reflejos y esfinterianos secundarios.

Período patogénico

Período de resolución

Muerte: Depende de la lesión

Período clínico

- Incontinencia de esfínteres
- Pérdida total de la movilidad

Período prodrómico

- Alteración de la sensibilidad
- Pérdida de reflejos

Período prodrómico

- Dolor
- Debilidad motora

Horizonte clínico

Período de incubación

Variable: Inmediato generalmente

Comienzo del deterioro de la calidad de vida

Prevención primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Fomento de la salud

Se recomienda una anamnesis minuciosa

- Antecedentes traumáticos
- Enfermedades agregadas
- Exposiciones ambientales a propiciar traumatismos

Protección específica

- Debe ser individualizada, debido a la edad del paciente, ocupación, sexo y sobre todo el tipo de lesión que causó la compresión medular.

Diagnóstico precoz

- Examen físico
- TAC
- RM
- Angiografía medular

Tratamiento oportuno

- Manejo del dolor
- Individualizado dependiente del tipo de lesión y paciente.

Limitación del daño

- Terapia física y ocupacional
- Vigilancia y tratamiento para complicaciones
- Fisioterapia
- Cuidados paliativos

Rehabilitación

- Las personas que presenten compresión medular debido a algún traumatismo, muy rara vez suelen tener un pronóstico bueno, va dependiente a que sea bueno para la vida, pero lamentablemente no sea bueno para la función, requiere de acompañamiento familiar y apoyo médico intencionado.

Referencias

- Candanosa Aranda, Irma Eugenia, Sierra García, Mayra, & Romero Romero, Laura. (2011). *Malformación compleja del sistema nervioso central similar a la de Arnold Chiari en un cabrito alpino francés*. *Veterinaria México*, 42(1), 77-82. Recuperado en 19 de novi. (s.f.).
- González González, A. I., & García Carballo, M.. (2003). *Ácido fólico y defectos del tubo neural en Atención Primaria*. *Medifam*, 13(4), 69-74. Recuperado en 19 de noviembre de 2022. (s.f.).
- Hernández Hernández, Aymeé. (2012). *Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: Aspectos clínicos y electrofisiológicos*. *Acta Neurológica Colombiana*, 28 (4), 202-212. Recuperado el 24 de octubre de 2022, de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?sc>. (s.f.).
- Lara-Ávila,, Leticia, Martínez-Rodríguez,, Miguel, Villalobos-Gómez,, Rosa, Gámez-Varela,, Alma Aguilar-Avidales,, Karla, López-Briones,, Hugo, Estudillo-Moreno,, Eduardo, Chavelas-Ochoa,, Felipe, & Cruz-Martínez, Rogelio. (2022). *Espina bífida abierta*. (s.f.).
- Martínez-Sabater, Antonio. (2014). *Malformación de Arnold-Chiari: la pérdida de la sonrisa*. *Index de Enfermería*, 23(4), 256-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300013>. (. (s.f.).
- Romero, P., Manterola, A., Martínez, E., Villafranca, E., Domínguez, M.A., & Arias, F.. (2004). *Compresión medular*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27(Supl. 3), 155-162. Recuperado en 19 de noviembre de 2022, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>. (s.f.).
- Vidal N., Heriberto, Meza P., Claudio, Benitez C., Javiera, Jorquera O., Julio, & Meza F., René. (2019) *Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica: revisión a propósito de un caso*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(3), 283-294. <https://dx>. (s.f.).